

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N^o 320

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léon-Haïm-Leibu STAIN

Né le 12 mars 1898, à Berlad (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT des ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. JEANSELME, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Léon-Haïm-Leibu STAIN

Né le 12 mars 1898, à Berlad (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT des ULCÈRES VARIQUEUX

Président : M. JEANSELME, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
Hygiène et clinique de la première enfance	BEZANÇON.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
	JEANSELME.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

Mⁱ.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	{ Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
L. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	{ Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	{ Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	{
MULON	
PHILIBERT	Histologie.
RIBIERRE	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie

III. AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique

Mⁱ

RETTERER	Histologie.
------------------	-------------

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	{	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU		
LAIGNEL-LAVASTINE.		Clinique médicale.
LEREBOULLET .		Clinique médicale in- fantile.

MM.

LERI	{	Clinique médicale.
LÆPER		
PROUST		Clinique chirurgicale.
N...		Clinique médica e.
SCHWARTZ		Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé

}

Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chez l'adulte pour les accidentés du tra-
vail, les mutilés de guerre et les infirmes
adultes.

FREY

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT

Education physique.

LEDOUX-LEBARD

Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS

ROGER, DELBET, LEGUEU, SEBILEAU, TEISSIER,
CLAUDE, NOBÉCOURT

A MESSIEURS LES DOCTEURS

PARMENTIER, MACÉ, MOUCHET, BURNIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUPAULT

CHIRURGIEN-CHEF DE L'HÔPITAL DE DIEPPE

A MM. LES DOCTEURS CHANCEL, KEMMEL,
CASSEL, PHARMACIEN DE L'HÔPITAL DE DIEPPE

*Témoignage de sincère gra-
titude.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
ET SYPHILIGRAPHIQUE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

INTRODUCTION

De tous temps le traitement des ulcères variqueux fit l'objet de nombreuses recherches. Qui n'a vu dans les différents services spécialisés, ces malheureux immobilisés pendant des mois par ces plaies étendues, infectées, anfractueuses, occupant la presque totalité des membres inférieurs et les rendant difformes et méconnaissables.

Complications fréquentes des varices du membre inférieur, survenant surtout chez des individus dont la condition sociale ne permet ni des soins hygiéniques suffisants, ni un traitement prophylactique des dilatations veineuses, les ulcères variqueux constituent une terrible infirmité qui immobilise les malades pendant un temps indéterminé, souvent fort long et leur rend de ce fait tout travail impossible.

Aussi tant au point de vue médical qu'au point de vue social, le traitement des ulcères variqueux présente-t-il un intérêt considérable.

Nous voudrions dans cette étude essayer de résumer les travaux antérieurement parus sur cette question et apporter les résultats de notre expérience personnelle.

Nous envisagerons, tout d'abord, le traitement préventif de l'ulcère, c'est-à-dire, celui des varices des membres inférieurs.

Puis nous exposerons les diverses thérapeutiques de l'ulcère tant par les pansements locaux que par les interventions chirurgicales.

Nous discuterons les différentes méthodes qui tendent à combattre la stase veineuse cause des varices et de l'ulcère variqueux.

Enfin, nous envisagerons les multiples traitements généraux qui tendent à combattre tout à la fois les dilatations veineuses et l'ulcération qui en résulte.

II. — TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ULCÈRES DE LA JAMBE

L'éclosion d'un ulcère peut être assez fréquemment prévue. Il sera du plus gros intérêt, dans ces cas, de prendre toutes les précautions pour éviter l'apparition de la perte de substance.

C'est surtout chez les sujets atteints de dilatation veineuse importante et astreints à des travaux pénibles, qu'il faut redouter les complications auxquelles il sera d'autant plus difficile de remédier qu'on aura du mal à condamner à un repos plus ou moins long ces malades qui, pour la grande majorité, appartiennent à la classe ouvrière.

Certes le repos en position couchée est un des meilleurs procédés dont on puisse user comme thérapeutique préventive de l'ulcère; mais il est, le plus souvent, irréalisable. Il faudra alors recommander une hygiène soignée, les ablutions quotidiennes, des bains si possible, le port de linge toujours propre. Le bas à varices peut rendre d'appréciables services, à condition de ne pas le mettre en contact direct des téguments, mais

d'interposer entre eux un bas ordinaire qui devra être changé plusieurs fois par semaine.

On devra redoubler de précautions quand les varices seront le siège de noyaux inflammatoires ou lorsqu'il apparaîtra de l'eczéma variqueux, de la pyodermite, qui inaugurent bien souvent la proche apparition de l'ulcération. De même, il faut user de prudence extrême lorsque ce sera produite une rupture variqueuse.

L'exagération des troubles trophiques variqueux doit susciter des craintes. Dans ce cas, les différentes médications internes, dites anti-variqueuses, peuvent avoir une certaine action, améliorant, pour un temps la circulation dans le membre inférieur; mais surtout lorsqu'il s'agira de malades aisés, il faudra recommander le traitement hydrothérapique, en particulier la cure à Bagnoles-de-l'Orne qui donne des résultats incontestables, non seulement rapides, mais encore particulièrement durables.

III. — TRAITEMENT DE L'ULCÈRE

Le traitement de l'ulcère par lui même sera différent ; on passera par des stades divers :

Suivant l'état dans lequel se trouve la plaie qu'on à soigner ;

Suivant l'état des téguments environnants.

En principe, au début, il y a lieu de combattre l'infection.

Puis, le traitement doit viser à activer la cicatrisation, l'épidermisation.

Quand la guérison semble proche dans certains cas, grâce au traitement ambulatoire, on peut rendre plus précocement les malades à leur activité.

1^o Désinfection de l'ulcère.

Il est essentiel, pour mener à bien cette tâche, que le malade conserve la position couchée, le pied surélevé. Le nettoyage de l'ulcère et de la région environnante doit être le premier temps du traitement. Il sera fait à l'aide d'eau savonneuse, puis d'eau bouillie tiède et enfin par l'application de compresses imbibées d'éther.

On a alors recours à des pansements humides qui seront faits avec un antiseptique quel qu'il soit à la condition de l'employer à un titre faible. Il y aurait, en effet, danger à user d'antiseptiques puissants qui, s'ils agissaient utilement sur l'élément infectant, risqueraient, en revanche, de compromettre la cicatrisation de l'ulcère.

Nous avons utilisé, avec de bons résultats, le sulfate de cuivre au millième, l'eau d'Alibour diluée au dixième ou au vingtième, les pansements alcoolisés à 10 % sont préférables quand il y a de la pyodermite.

Il ne faut pas prolonger trop longtemps l'emploi des pansements humides qui amènent une fâcheuse macération des téguments; il faut savoir y renoncer dès que l'on jugera que l'élément inflammatoire est suffisamment combattu.

2° Pansements cicatrisants.

A. — **Pansements de l'ulcère.** — On pourra utiliser suivant les cas, les poudres, les emplâtres ou les pommades.

Il y a en général intérêt à commencer par les préparations pulvérulentes qui, absorbant les sécrétions, viendront compléter l'action des pansements humides.

De très nombreuses substances ont été tour à tour prônées. Poudres inertes, différents sels de bismuth, quinquina, charbon.

Poudres antiseptiques : dermatol, aristol. Dans cette catégorie nous retiendrons surtout l'ectogan (pero-

xyde de zinc) et le diodoforme (iodoforme désodorisé), des poudres à la fois absorbantes et légèrement irritantes, en particulier le sous-carbonate de fer qui présente à la fois l'avantage d'être un bon cicatrisant, désodorisant et peu onéreux.

La poudre forme avec les sécrétions une sorte de carapace qu'il faudra faire tomber à chaque pansement en irriguant au bock soit de l'eau bouillie tiède, soit mieux du sérum physiologique.

Sous cette croûte se sera collectée une quantité de sérosité puriforme qui tend à devenir de moins en moins importante au fur et à mesure que les bourgeons charnus deviennent plus nombreux, plus saillants. Les pansements d'abord quotidiens seront avantageusement espacés avec les progrès de la cicatrisation.

Il sera bon avant de repoudrer l'ulcère, d'en attoucher le fond avec une compresse imbibée d'éther.

Nous citons à part l'emploi de la poudre d'Insuline qui aurait donné à certains auteurs des résultats encourageants, elle associerait à l'action mécanique commune, un rôle trophique local dont la pathogénie reste encore assez obscure.

Les emplâtres ont eu la grande faveur des thérapeutes pendant une longue période et certains praticiens ne craignaient pas de les utiliser pour couvrir des ulcères en pleine période de suppuration; ils doivent être surtout appliqués sur les ulcérations de superficie restreinte et à tendance exsudative minime.

Ils peuvent être improvisés en se servant de bandelet-

tes de diachylon entrecroisées ou juxtaposées comme les couvertures de toit en tuiles.

On peut user des emplâtres de Vigo à base de mercure métallique.

Des emplâtres de Vidal à base de sulfure de mercure.

On les découpe en une rondelle qui doit strictement couvrir la surface de l'ulcère sans déborder sur les tissus environnants.

Les pommades ont pour but d'achever la cicatrisation; les pâtes remplissent le même but. Elles exigent comme conditions nécessaires d'emploi, l'assèchement préalable parfait de la perte de substance.

Nous ne voulons pas citer les très nombreuses substances, les multiples préparations qui ont tour à tour suscité l'enthousiasme, toutes ont leurs avantages, leurs inconvénients, aucune n'est parfaite.

Il ressort surtout de notre expérience personnelle, qu'il y a intérêt à varier assez fréquemment les médications employées.

Nous retiendrons dans nos préférences :

La pommade ou baume du Pérou à 10 %,

Celle au sous-carbonate de fer à 10 %.

Nous nous sommes bien trouvé de l'emploi de la pâte au sous-carbonate de fer associé à l'oxyde de zinc qui peut être ainsi formulée :

Sous-carbonate de fer 10

Oxyde de zinc 20

Lanoline 50

Huile d'amandes douces q. s. pour pâte molle.

Un bourgeonnement excessif peut résulter du traitement cicatrisant et peut devenir un obstacle à la complète cicatrisation de l'ulcère; on lui opposera les cauterisations au nitrate d'argent.

Inversement, on peut avoir à lutter contre une atonie rebelle : c'est alors qu'on fera appel :

- Au vin aromatique, à l'onguent styrax.

Les agents physiques eux-mêmes peuvent être utilement employés dans ces cas :

L'air chaud qui agit comme cicatrisant et antiseptique, l'oxygène en injection sous-cutanée dans les téguments environnant l'ulcère aurait donné à certains auteurs (Leloup) de bons résultats.

Il n'est pas jusqu'à la diathermie, l'étincelage de haute fréquence, les ultra-violets qui n'aient été préconisés ces temps derniers.

B) Pansements des téguments autour de l'ulcère. —

Il y a lieu d'envisager différentes éventualités suivant que les téguments péri-ulcéreux sont sains ou le siège de pyodermite, d'eczéma :

a) Les téguments sont sains : il faut les protéger de l'action nocive des sécrétions de l'ulcère ou de l'antiseptique employé, en les recouvrant soit simplement de vaseline, soit de pâte de Lassar.

b) Les téguments sont le siège d'eczéma, on a recours :

à la pâte ichtyolée à 5 %

à la pâte à la goudroline à 5 %.

c) Il y a des lésions de pyodermite : la préférence doit être donnée à la pommade à l'oxyde jaune de mercure, à la pâte au sulfate de cuivre.

3^o Pansement ambulatoire.

Le pansement ambulatoire n'est qu'un pis-aller; la condition optima nécessitée pour la cicatrisation de l'ulcère étant le décubitus, le repos du membre atteint. Cependant, il répond aux exigences sociales d'une quantité importante d'ulcéreux qui tiennent à ne pas interrompre leurs occupations.

Il sera de toute nécessité que le pansement soit parfaitement appliqué, serré suffisamment pour jouer son rôle, mais sans gêner la circulation; sans occasionner de crampes; il faudra refaire ce bandage assez fréquemment.

Le meilleur type en est la botte de Unna qui se confectionne avec la colle de Unna qui répond à la formule suivante :

Gélatine.....	}	à à 20 gr.
Glycérine		
Oxyde de zinc	}	à à 60 gr.
Eau		

de préparation assez minutieuse du reste.

Dans cette colle tiède on trempe les compressees de gaze qui sont mises au contact de l'ulcère; des bandes de tarlatane sont imbibées de cette préparation et sont enroulées en botte en exerçant une compression modérée qu'on est sûr d'obtenir en employant le procédé dit

des « retournés ». Le membre est étendu jusqu'à dessication complète.

Le pansement élastique se fait avec quelques compresses qui protègent la plaie, une mince couche de ouate moule la jambe, une bande élastique faisant étrier sous le pied et remontant au genou assure la contention.

On peut avoir recours au pansement au silicate, mais il a l'inconvénient d'être d'une préparation plus longue que les précédents.

Dans l'ensemble, quel que soit le mode de traitement choisi, il faut autant que possible demander au malade de rester le moins possible en position debout, il faudra user de la plus grande minutie dans la confection des pansements : il faut considérer l'ulcère comme une véritable plaie chirurgicale.

IV. — INTERVENTIONS CHIRURGICALES PORTANT SUR L'ULCÈRE

Il existe une série de cas dans lesquels toutes les méthodes précédemment décrites ont échoué. Les pansements cicatrisants, les pansements ambulatoires n'ont rien donné ou peu de chose. A ces cas s'adressent les interventions chirurgicales portant sur l'ulcère. Parmi celles-ci nous commencerons par citer une méthode dont les succès ne se comptent plus : nous voulons parler des greffes de Reverdin.

I. — GREFFES.

La technique de Reverdin est la seule utilisée : elle consiste à prélever des lentilles dermo-épidermiques qui sont directement appliquées sur la surface bourgeonnante.

a) Indications :

- 1° Le fond de l'ulcère doit être à peu près de niveau avec les tissus voisins.
- 2° Il ne doit pas suppurer.
- 3° Il doit être en voie de bourgeonnement.

b) Soins préparatoires :

1° Pendant les jours qui précèdent on n'emploiera aucune substance irritante : proscrire les topiques, les emplâtres.

2° Le plus simple est de faire les pansements au sérum physiologique.

c) Opération :

1° Instruments nécessaires :

1 rasoir bien affilé;

1 pince à disséquer à griffes;

1 sonde cannelée;

1 paire de ciseaux courbes;

1 seringue et une aiguille fine pour faire l'anesthésie locale.

2° Mode d'anesthésie :

On pratiquera une anesthésie locale à la novocaïne à 2 % sur la zone où l'on devra prélever les greffons : cette zone sera généralement la face antéro-externe de la cuisse. On aseptise cette région par un décapage à la benzine iodée à 1 pour mille suivi d'une application de teinture d'iode. On pique avec l'aiguille au centre de cette région et on fait en rayonnant une série d'injections anesthésiques.

3° Technique opératoire :

Avec la pince à disséquer on fait à la peau un petit pli de 1 mm. 5 à 2 mm. de haut. Un coup de ciseaux

suffit à trancher le pli. Une large goutte de sang masque immédiatement la tranche.

Le greffon est porté de suite sur la plaie bourgeonnante; on étale doucement en veillant à ce que les bords de ce petit lambeau ne soient pas recroquevillés en dessous.

Les greffes qui mesurent à peine 1 cmq seront placées à 15 mm. environ les unes des autres, mais on ne dépasse guère le nombre de 20 greffons.

Pansements. — Les greffons sont couverts de compresses imbibées de sérum, puis d'ouate humide et d'un pansement suffisamment serré pour qu'il ne puisse pas glisser.

Les plaies de la cuisse seront pansées à la vaseline stérilisée ou au tulle gras.

Le second pansement sera fait au 3^e jour, si la compresse est propre on l'humectera au sérum sans la changer, sinon on la décollera avec patience et on fera les pansements ultérieurs à l'huile goménolée.

Résultats. — Il est exceptionnel que tous les greffons prennent, mais il suffit d'un petit nombre pour assurer une épidermisation rapide, car la greffe agit plus par action trophique que par son extension propre.

2^o Résection de l'ulcère.

Cette intervention consiste à réséquer d'un coup toute la masse des tissus malades et à faire une suture immédiate. Elle ne s'applique qu'aux petits ulcères en tissu sain. Mais de tels ulcères guérissent généralement

assez vite et d'autre part le mauvais état des téguments rend la réunion par première intention assez aléatoire.

3° **Circonvallation de l'ulcère.**

Cette méthode est très ancienne. Elle a été proposée par Fabre en 1855 et préconisée surtout par Dolbeau. Elle consiste dans l'incision circonférentielle autour de l'ulcère : on incise jusqu'à l'aponévrose en sectionnant nerfs et veines. Il en existe des variantes : double section hémi-circulaire, section interrompue.

Cette intervention qui libère les téguments tendus, sectionne les veines variqueuses et les filets nerveux enflammés, peut rendre parfois de grands services.

Malgré tout c'est une méthode peu employée à l'époque actuelle et qui ne trouve aujourd'hui que peu d'adeptes.

4° **Amputations.**

Il peut paraître suranné de proposer cette méthode dans ce chapitre, mais cependant dans les très grands ulcères qui depuis des années résistent à tous traitements locaux et généraux, dans les ulcères qui du fait de la douleur, de l'éléphantiasis et de la suppuration condamnent les malades au lit, l'amputation n'est-elle pas indiquée ? Ces cas deviennent de plus en plus rares et son indication est maintenant exceptionnelle.

V. — THÉRAPEUTIQUE DE LA STASE VEINEUSE

1° Traitement par injections sclérosantes.

La ténacité de l'ulcère variqueux, ses récides, sa résistance aux traitements ordinaires ont fait naître une thérapeutique nettement plus active : la suppression même des veines variqueuses susjacentes à l'ulcération qu'elles entretiennent. L'oblitération par injection phlébo-sclérosantes permet d'atteindre ce but.

Cette méthode de traitement mise au point par le professeur Sicard en 1920 connut une extension rapide grâce à la facilité de sa technique qui la met à la portée de tous et à ses heureux résultats. L'éclosion considérable de publications ayant trait au mode opératoire, nous permettra d'être bref dans la description du traitement.

1° Choix d'une solution.

Quatre substances sclérosantes se partagent à l'heure actuelle la faveur des médecins.

(a) le *salicylate de soude* en solution à 20, 30, 40 %

en ampoules stérilisées de 5 cc. chacune contenant respectivement 1 gr., 1 gr. 5, et 2 gr. de salicylate. Nous avons pour notre part employé, toujours avec succès, ce sel qui ne provoque pas d'escarres, n'est pas caustique pour le tissu cellulaire et tire de sa spécificité thérapeutique une indication très nette chez les variqueux arthritiques et rhumatisants.

b) *Le biiodure de mercure* très toxique dont la dose maxima ne doit pas dépasser 0 gr. 02 sera très heureusement employé et avec fruit chez les ulcéreux syphilitiques, mais il reste vrai que son emploi doit être restreint et rigoureusement surveillé.

c) Citons enfin la *quinine* et plus récemment le *citrate de soude* (Troisier) sel d'une toxicité quasi nulle, non caustique, qui ajoute à son pouvoir sclérosant ses heureuses propriétés anti-coagulantes et fluidifiantes du sang. On l'emploiera en solution à 50 %.

2° Mode opératoire.

Quelle que soit la solution choisie la technique est identique. C'est une simple injection intra-veineuse mais qui doit être faite d'une façon rigoureusement impeccable. Il importe en outre, après s'être assuré que la veine est bien cathétérisée, de pousser rapidement l'injection, afin d'éviter la dilution lente du caustique et permettre la restreinte localisation irritative. Une compression prolongée doit être faite au point injecté pour éviter le reflux du liquide dans les tissus péri-veineux. L'apparition d'une crampe, toujours suppor-

table, témoigne d'une bonne injection, intra-veineuse elle dure peu, quelques secondes et peut être atténuée par l'addition de quelques gouttes de novocaïne à 1 pour 200 dans le liquide injecté.

Les premières injections porteront à peu de distance de l'ulcère remontant de 10 en 10 cm. environ, constituant autant de ligatures étagées.

3° *Effets secondaires et mécanisme de la guérison.*

Dès le lendemain ou le surlendemain on constate une induration nette du segment veineux injecté, induration un peu rouge, chaude, douloureuse, mais purement irritative et non infectieuse. Comme le précise le professeur Sicard, il ne s'agit point de phlébite, mais de veinite, voulant opposer à dessein causticité et infection, la première donnant une oblitération stable, la seconde, facteur de caillots migrateur et d'embolie.

Et c'est effectivement la hantise de l'embolie qui fut la principale objection formulée contre cette méthode. Or à l'heure actuelle des quantités innombrables d'injections sclérosantes ont été pratiquées sans accident de ce genre et d'ailleurs la légitimité de cette objection consacrerait contre l'expérience la faillite des injections intra-veineuses en général si souvent suivies de thrombose sans accident embolique.

Dès lors, à la suite de la disposition étagée de valvules scléreuses artificielles, le fonctionnement de la veine superficielle s'active, le sang périphérique ne stagne plus, les relations se rétablissent entre plexus

sous-cutané et veines profondes. La colonne sanguine segmentée par la sclérose disposée en échelle ne pèse plus de tout son poids sur l'ulcère sous-jacent. Le cratère ulcéreux ne suinte plus, il s'assèche, la circulation nutritive des parois reprend son cours, les tissus s'assouplissent et l'on voit rapidement apparaître une notable amélioration trophique avec récupération progressive des pertes de substance. La cicatrisation se constitue avec rapidité aidée par le traitement local, décrit dans un chapitre précédent et le traitement général médicamenteux.

C'est en effet de la convergence heureuse de ces diverses thérapeutiques mécaniques, opothérapiques que résulte la guérison d'une affection aussi tenace, aussi rebelle que l'ulcération variqueuse.

A côté des injections sclérosantes, intra-variqueuses dans la thérapeutique locale de la stase veineuse, on peut faire intervenir plusieurs méthodes chirurgicales. Les principales et les plus couramment usitées sont :

- 1° la circonvallation périjambière;
- 2° les ligatures et résections veineuses;
- 3° la sympathicectomie périartérielle.

1° La circonvallation périjambière.

Cette opération consiste en une incision circulaire de la jambe, incision en jarretière qui fut proposée par un chirurgien italien, Moreschi.

Elle consiste à sectionner circulairement la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose : elle intéresse

par conséquent les nerfs et les veines cutanées et sous-cutanées. C'est sans doute à cela qu'elle doit son efficacité incontestable.

Technique.— Faire au bistouri, au-dessus de l'ulcère, une incision qui entoure complètement la jambe comme dans une amputation circulaire. La peau est sectionnée, puis la couche sous-cutanée et avec elle tous les organes superficiels y contenus, c'est-à-dire nerfs et veines sous-cutanées. Les veines sont coupées entre deux ligatures; on s'arrête à l'aponévrose d'enveloppe de la jambe que l'on peut même entamer légèrement. Après quoi on suture complètement les lèvres de l'incision..

2^o Ligature et résection veineuse.

La résection des veines variqueuses est la meilleure méthode que l'on puisse opposer logiquement aux ulcères variqueux, hors les injections sclérosantes. On peut soit lier les veines variqueuses et de préférence les embouchures des saphènes, soit faire la résection totale des troncs saphènes variqueux, soit lier en des endroits différents les saphènes et leurs collatérales. Les résultats de ces interventions sont généralement excellentes. Nous décrirons ici les procédés de ligature et de résection des veines saphènes.

A) Veines saphènes internes.

1^o Ligature et résection partielle :

a) *Incision.* — Au point voulu et sur le trajet vu ou présumé de la saphène interne, faire une incision cu-

tanée de 5 ou 6 cm. La peau sectionnée on peut voir immédiatement le cordon veineux. Si le trajet est gros on cherche dans le fascia adipeux avec la sonde et la pince jusqu'à ce que l'on voit la veine.

b) *Ligature* — La veine trouvée on se met en devoir de la lier.

1° Si l'on veut se borner à une simple ligature, on isole la veine à la partie moyenne de la plaie et on passe sous elle un fil qu'on noue en le serrant fortement.

2° Si l'on veut en réséquer une certaine longueur, on place 2 ligatures et on résèque le segment veineux compris entre ces 2 ligatures.

2° Résection totale :

a) *Incision*. — On commence l'incision en un point situé à 3 travers de doigt au-dessous du pli de l'aine sur une ligne verticale passant à un travers de doigt en dedans du milieu de l'arcade fémorale. De là on gagne le bord postérieur du condyle interne du fémur. Au niveau de la jambe l'incision continuera rectiligne, pour s'arrêter un peu au-dessus du rebord antérieur de la malléole interne.

b) *Dénudation et résection de la veine*. — Mettre à nu la saphène interne au niveau du point où elle décrit sa crosse et passer un fil au-dessous pour la lier et l'isoler de la veine fémorale. Sectionner la veine au-dessous de la ligature de la crosse après avoir mis une pince sur le bout périphérique et la libérer complètement de haut en bas en liant et coupant ses branches aussi loin que

possible de leur embouchure dans le tronc saphénien.

Il faut s'assurer qu'il n'existe pas à quelques centimètres en dedans du tronc principal, un tronc collatéral secondaire.

Quand le décollement du paquet variqueux est terminé un fil est placé sur le bout inférieur du tronc saphénien qui est sectionné et enlevé.

c) *Suture cutanée.* — Par des points profonds hémostatiques qui rapprochent les volets cutanés et des points superficiels d'affrontement.

B) *Veine saphène externe.*

Pour faire la résection totale on fait une incision sur la face postérieure de la jambe, qui part en haut un peu au-dessous du milieu du pli de flexion de la jambe sur la cuisse, se terminant en bas un peu au-dessus du bord postérieur de la malléole externe.

Résection. — On cherche entre les deux jumeaux, la crosse de la saphène externe incluse dans son tunnel aponévrotique. Placer une ligature sur cette crosse et procéder comme pour la saphène interne à l'ablation du tronc veineux et à la résection aussi large que possible des collatérales.

Hémostase et suture cutanée.

3° *La sympatricectomie périartérielle.*

L'opération de Leriche consiste dans le cas d'ulcère de la jambe à dénuder la fémorale au triangle de Scarpa

ou au tiers moyen de la cuisse. On obtient de beaux résultats immédiats (Hornard, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, juillet 1925), mais la résection des filets sympathiques n'empêche pas la récurrence, car ces filets se régénèrent probablement.

VI. — CRÉNOTHÉRAPIE

Aux divers traitements, traitement médical, traitement chirurgical qu'il est habituel d'appliquer aux ulcères variqueux, la crénothérapie, d'acquisition relativement récente dans le cas qui nous occupe, est venue apporter une aide précieuse. A vrai dire, c'est à la phase pré-ulcéreuse que le traitement hydrominéral donnera ses plus beaux résultats; cependant l'ulcère une fois constitué sera le plus souvent très favorablement influencé par la cure thermale qui agit non pas sur l'ulcère lui-même, mais sur la stase veineuse qui le conditionne.

Suivant l'étiologie dont relève l'ulcère telle ou telle station sera particulièrement indiquée : Luxeuil, Brides, Plombières, Bourbonne, Salies de Béarn, Néris, ont dans certains cas donné des résultats particulièrement favorables. L'amélioration observée tient ici non à une action directe sur le tissu des vaisseaux, mais à une modification de l'état général du malade.

Il est une station qui plus spécialement s'adresse aux variqueux et qui par son action élective sur le système veineux, mérite d'être particulièrement étudiée. Bagnoles-de-l'Orne paraît être la station de choix qui doit être conseillée à ces malades chaque fois que

l'examen général ne montre pas de lésion viscérales susceptibles de tenir sous sa dépendance la lésion veineuse.

L'eau de Bagnoles faiblement minéralisée, est employée presque exclusivement en bains. Cependant, il est parfois indiqué d'adjoindre à la balnéation des massages légers (massages sous l'eau), qui paraissent réveiller la contractilité vasculaire et aider efficacement à l'action de l'eau. Sous l'influence du traitement l'on note tout d'abord une amélioration notable des troubles fonctionnels, douleurs, sensation de lourdeur et engourdissement, amélioration fonctionnelle suivie de près par une modification très favorable des signes physiques : diminution rapide des œdèmes, assouplissement de la peau, amélioration des troubles trophiques.

L'eau de Bagnoles, oligométallique, de thermalité faible, 26°, n'agit pas de façon mécanique comme pourrait le faire un bain à température modérée. Il ne s'agit pas d'une vasoconstriction transitoire, suivie de peu par la réapparition d'une dilatation veineuse, mais d'une action durable, basée sur le réveil de la contractibilité des fibres lisses vasculaires,

Fait particulièrement intéressant, cette action électrique de l'eau de Bagnoles s'adresse tout spécialement à la circulation veineuse périphérique. La vasoconstriction des veines superficielles étant compensée par une vasodilatation des gros troncs veineux profonds, l'on ne note généralement chez les malades en cours de traitement, pas d'action nocive sur le cœur ou sur la

tension artérielle, ce qui permet de faire bénéficier les hypertendus, les polyscléreux de ce traitement thermal. Il y a lieu cependant de faire des réserves sur le traitement à appliquer à ces malades. Sans doute, dans la majorité des cas, l'on ne retrouve pas de retentissement fâcheux sur le système artériel et sur la tension. Mais il convient d'user d'une certaine prudence dans la conduite du traitement, tant dans la durée que dans la température des bains, un traitement efficace et sans danger nécessitant, de façon absolue, le contrôle médical.

Le système veineux n'est pas le seul à bénéficier du traitement. Sous son influence bienfaisante, par suite de l'activation de la circulation sanguine, on constate une amélioration de la nutrition générale, un meilleur fonctionnement des glandes sur lesquelles ce changement dans l'hydraulique sanguine n'est pas sans retentir.

La cure de Bagnoles joint à une action directe sur le système veineux superficiel, une action plus profonde : désintoxication par excitation des fonctions excrétoires.

Ces deux modes d'action : générale par désintoxication et locale par excitation de la contractilité veineuse, expliquait les résultats remarquables obtenus à Bagnoles dans le traitement des ulcères variqueux. Ce traitement crénothérapique s'adresse en fait à la stase veineuse plutôt qu'à l'ulcère ; il s'agit d'un traitement indirect des ulcères, mais traitement étiologique du plus haut intérêt.

VII. — TRAITEMENT GÉNÉRAL DE L'ULCÈRE VARIQUEUX

Si le traitement local constitue un des temps importants de la thérapeutique de l'ulcère variqueux, le traitement général n'en reste pas moins un élément non négligeable.

On sait la longue durée des médications réduites à une action locale, qui bien souvent après une phase d'amélioration rapide, ne permettent pas une progression suffisante de la cicatrisation. Le traitement général a pris depuis quelques années, une importance croissante avec les progrès de la syphilothérapie et avec l'entrée en scène de l'Insuline et des différentes médications opothérapiques.

Nous n'insisterons pas sur les éléments bien connus du traitement de l'état général, l'alimentation, la surveillance des viscères, qui peuvent manifester quelque altération, le foie, les reins.

Nous attirerons plus particulièrement l'attention sur les médications générales veineuses qui en améliorant les varices préviennent l'éclosion de l'ulcère variqueux.

Le traitement doit être précoce et si possible il y a

gros intérêt à enrayer la progression des dilatations veineuses dès la période prévariqueuse. Si la chose est possible dans la classe aisée, il n'en va pas de même dans la classe ouvrière où les variqueux pourtant nombreux vivent tant bien que mal avec leur infirmité et ne s'adressent au médecin qu'à une période avancée, soit que les troubles fonctionnels apportent une gêne considérable à l'exercice de leur métier, soit qu'un accident plus objectivement grave : rupture, inflammation ou ulcère les décide à consulter.

Dès cette période variqueuse, la circulation est simplement ralentie ; il n'y a pas de stase véritable, pas d'insuffisance valvulaire. La thérapeutique doit être alors étiologique et symptomatique. Elle visera à modifier le terrain d'évolution et conjointement à suppléer à l'hypotonicité veineuse et à régulariser la circulation dans les tissus des membres inférieurs menacés dans leur vitalité.

La fréquence de la syphilis chez les sujets atteints d'ulcère variqueux est notable. Il s'agit en général, de malades âgés ayant méconnu une syphilis fruste, ne présentant aucun signe de valeur absolue, pour qui l'attention est attirée par des fausses couches dans leurs antécédents ou par des signes d'hérédosyphilis chez leurs descendants. D'autres fois, tout symptôme objectif manque et on est surpris de trouver un Bordet-Wassermann positif chez un sexagénaire par ailleurs bien portant et qui nie tout antécédent de cette nature. Quoiqu'il en soit le traitement s'impose.

La technique du traitement ne comporte pas de règle

précise. Si aucun accident viscéral ne le contre-indique, le novarsénobenzol est le traitement le plus actif. Si le malade âgé, fatigué, est atteint de quelque altération rénale ou hépatique, on pourra être conduit à employer le bismuth. La prolongation des injections permet d'alterner les sels de mercure avec les autres produits; on a en tout cas préconisé l'association de l'iodure de potassium qui joint à sa valeur d'agent anti-syphilitique la réputation de faciliter la circulation chez ces malades.

Mais chez d'autres malades, la syphilis ne peut être incriminée, ni les réactions sérologiques ni les antécédents morbides ne permettent de soupçonner cette affection. Il s'agit alors d'ulcère variqueux de cause générale indéterminée. MM. Faure-Beaulieu et David, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux ont rapporté une série de cas d'ulcères variqueux au cours desquels la glycémie était notablement augmentée. Ils en ont déduit que le traitement par l'Insuline devait améliorer ces malades et ont rapporté un certain nombre d'observations où ce traitement leur avait donné des succès.

Nous avons repris leurs expériences et avons constaté que l'hyperglycémie était loin d'être constante chez les malades atteints d'ulcères variqueux.

Ni l'injection intramusculaire d'insuline, ni l'application locale d'insuline tant en poudre qu'en pommade ne nous ont procuré de résultats appréciables.

Nous n'hésitons donc pas jusqu'à plus ample informé à proscrire l'insulinothérapie au cours des ulcères variqueux.

Par contre, nous avons fréquemment essayé la thérapeutique polyglandulaire qu'avait préconisé dans sa thèse, le Dr Louvel.

Cette thérapeutique basée sur des données pathogéniques rationnelles montre qu'il s'agit bien dans ces cas de fragilité veineuse en rapport avec le dysfonctionnement des diverses glandes endocrines.

Nous avons donc utilisé avec fruit dans l'ulcère variqueux, la thérapeutique polyglandulaire. Elle nous a procuré de notables succès. Nous employons tout à la fois l'extrait surrénal associé à l'extrait hypophysaire et thyroïdien, le tout associé, chez la femme, à l'extrait ovarien.

La formule suivante est en quelque sorte un schéma qu'on modifiera suivant les circonstances :

Extrait de surrénale	0 gr. 10
Extrait d'hypophyse	0 gr. 05
Extrait thyroïdien	0 gr. 025

Nous ajoutons chez la femme :

Extrait ovarien	0 gr. 10
-----------------------	----------

Pour 1 cachet, 2 ou 3 cachets par jour pendant 10 jours.

Si par la suite l'une de ces glandes semble manifester son dysfonctionnement, on peut recourir à la médication monoglandulaire ou, mieux, modifier dans ce sens la formule pluriglandulaire.

Dans tous les cas où nous avons utilisé cette théra-

peutique endocrine, nous en avons retiré les plus grands bénéfices.

Aussi n'hésitons-nous pas à préconiser outre le traitement local de l'ulcère variqueux, le traitement général systématique tant anti-syphilitique qu'endocrinien, dans tous les cas où cette thérapeutique se trouve indiquée.

CONCLUSIONS

I. Il semble nécessaire pour mener à bien la cicatrisation des ulcères des jambes, d'associer :

Le traitement local de l'ulcère.

Celui de la stase veineuse;

Celui de l'état général.

II. Les injections phlébosclérosantes semblent apporter un grand progrès à la thérapeutique des ulcères et remplacent dans la plupart des cas le traitement chirurgical.

III. La crénothérapie (Bagnoles-de-l'Orne) rend d'appréciables services, non pas tant à la période ulcéreuse que nous avons eue surtout en vue au cours de cette thèse, qu'à la période pré-ulcéreuse.

IV. Dans le cas où le sujet semble entaché de syphilis, qu'on doit toujours rechercher, il ne faudra pas négliger le traitement spécifique.

V. Il faut enfin compléter avec les troubles dysendocriniens (hypothyroïdie, hyperglycémie, insuffisance

ovarienne) d'où l'intérêt primordial de l'opothérapie pluriglandulaire pour lutter contre l'insuffisance des diverses glandes endocrines.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- Alglave.** — Indications de la résection totale des varices superficielles des membres inférieurs. (*Presse Médicale*, 18 mars 1911.)
- La résection totale des varices superficielles des membres inférieurs. (*Journal Médical Français*, septembre 1921.)
- Traitement des varices par la saphénectomie totale. (*Bull. Soc. Chir.*, 13 juin 1923.)
- Alglave et Retterer.** — Des modifications structurales des veines variqueuses. (*Bull. de la Soc. de Biol.*, 9 mars 1907.)
- Bazelis.** — Du traitement des varices, en particulier par les injections phlébo-sclérosantes. (*Thèse*, Paris 1924.)
- Baruch.** — La pratique de l'hydrothérapie. (*Traduction du docteur Collet.* — Baillière édit.)
- Bellot.** — Cure radicale des varices par injections intra-variqueuses de quinine-uréthane. (*Archives de médecine et de pharmacie navales*, 1922, p. 378.)
- Briquet.** — Dissertation sur la phlébectasie. (*Thèse*, Paris, 1824. — *Archives de médecine*, 1825.)
- Charpy, Jacques, Hovelacque.** — Anatomie des veines. (*In Traité d'anatomie de Poirier.*)
- Clottens.** — Modification technique à la méthode de Sicard pour le traitement des varices. (*Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 16 févr. 1923.)

- Cornil.** — Anatomie pathologique des veines variqueuses. (*Arch. de physiologie normale et pathologique*, 1872.)
- Coudray.** — Traitement des varices et des hémorroïdes au moyen des injections sclérosantes. (*Progrès Médical*, 3 mai 1924.)
- Delbet.** — Pathologie des varices des membres inférieurs. (*Congrès Internat. de médecine*, Paris, 1906.)
— Les varices. (*Progrès Médical*, 1921, p. 463.)
- Delbet et Mocquot.** — Les varices des membres inférieurs et leur traitement. (*Revue de Paris Chir.*, 1913.)
- Ehrenpreiss.** — Du traitement des varices par la méthode de Sicard. (*Journal de Médecine de Paris*, 1921, p. 584.)
- Fatin.** — Considérations sur le traitement des varices. (*Thèse*, Paris, 1880.)
- Forestier.** — Le traitement des varices par injections intra-variqueuses. (*Progrès Médical*, 1923, p. 31. — *La Clinique*, nov. 1924.)
- Galanidès.** — Les varices occultes. Diagnostic par la méthode de Mabilie. Traitement par l'anastomose saphéno-fémorale de Delbet. (*Thèse*, Paris, 1920.)
- Genévrier.** — Le traitement des varices et ulcères variqueux par les injections coagulantes concentrées de sels de quinine. (*Monde Médical*, 1^{er} octobre 1922.)
- Guimbellot.** — Le traitement chirurgical des varices. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1922, p. 153.)
- Hallion.** — Physiologie pathologique et traitement des varices. (*Revue pratique de biologie appliquée*, 1923, pp. 225 et 257.)
- Jeannel.** — Rapport présenté au XXIII^e Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris, 1906.
- Joly.** — Du rôle de l'appareil digestif dans l'étiologie et la pathogénie des varices. (*Gazette Médicale*, Paris, 15 mars 1908.)
— L'action de Bagnoles sur les varices. (*La Clinique*, juin 1910.)

- Du traitement des varices par les injections sclérosantes; ses conséquences lointaines; ses indications. (*Evolution médico-chirurgicale*, mars 1925.)
Journal Médical français. — Pathologie des veines, septembre 1921.
- Lecomte et Yacoël**. — La tension veineuse à l'état normal et pathologique. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1922, p. 171.)
- Legendre**. — Considérations sur le traitement des varices. (*Thèse*, Paris, 1881.)
- Léopold-Lévi**. — Cures thermale et glandes endocrines. (*Société de Médecine de Paris*, 1920, p. 90.)
- Loisel**. — Recherches sur la radioactivité des eaux de Bagnoles-de-l'Orne. (*Thèse*, Paris, 1922.)
- Louvel (Raymond)**. — Comm. sur les varices des membres inférieurs et leur traitement médical. (*Thèse*, Paris, 1925.)
- Mabille**. — Varices occultes. (*Comm. à l'Académie de Méd.* 8 juin 1919.)
- Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leur thérapeutique. (*Presse Médicale*, 11 sept. 1919.)
- Les varices internes des membres inférieurs existent-elles? (*Revue de pathologie comparée*, 5 juillet 1921.)
- Mathieu**. — Le traitement des varices par injections intravariqueuses de quinine. (*Marseille Médical*, 1923, p. 550.)
- Meyer (Jean) et Weikk-Spire**. — Traitement des ulcères variqueux. (*Journal de Med. et de Chirur. pratiques*, 25 janvier 1926.)
- Montpellier, Lacroix et Boutin**. — Note au sujet de la fibrose curative des varices par injections de bi-iodure de mercure. (*Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil.*, 1923, p. 53.)
- Nicholson**. — Histopathology and etiology of varicose veins. (*Arch. Surg. Chicago*, 1923, p. 47.)

- Petit.** — Indications et contre-indications de la cure thermale de Bagnoles-de-l'Orne. (*Thèse*, Paris, 1914.)
- Quénu.** — Les varices. (*In traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. II.)
- Pathogénie des ulcères variqueux. (*Revue de chirurgie*, 1882, p. 880.)
- (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888, pp. 119, 130 et 150.) — (*Congrès de chirurgie*, 1892, p. 457.)
- Quiserne.** — Maladies des veines et cures thermales. (*Journal Médical français*, sept. 1921.)
- A propos de la pathogénie du syndrome varices internes. (*Société de médecine de Paris*, 10 mars 1922.)
- Le traitement médical des varices. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1922, p. 153.)
- L'opothérapie dans le traitement médical des varices. (*Médecine pratique*, 1923, p. 227.)
- Roger.** — Quelques mots d'histoire à propos des injections intra-variqueuses. (*Marseille Médical*, 1919, p. 1098 et 1920, p. 97.)
- Sicard, Paraf et Forestier.** — Traitement des varices par injections de carbonate de soude. (*Journal Médical français*, sept. 1921.)
- Sicard, Paraf et Lermoyez.** — Traitement des varices par les injections phlébo-sclérosantes de salicylate de soude. (*Gazette des hôpitaux*, 1922, n° 97.)
- Turner.** — The etiology and treatment of varicose veins. (*Guy's Hops. Rev.*, 1923, p. 225.)
- Valette.** — Lettre à la Société de chirurgie, 27 juillet 1853.
- Clinique chirurgicale de Lyon, 1875.
- Verneuil.** — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. (*Gazette Médicale*, 1855, p. 524.)
- Vignes.** — A propos de certaines circonstances qui accompagnent le développement des varices chez les femmes en état de gestation. (*Progrès Médical*, 15 octobre 1924.)

- Villaret, Saint-Girons et Greletty-Bosveil.** — Le syndrome d'hypertension veineuse et d'acrocyanose avec insuffisance ovarienne. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1921, p. 1013. — *Journal Médical français*, sept. 1921.)
- Warthin.** — Pathology of veins. (*Med. Sc. de New-York*, 1917, p. 661.)
-

Bordeaux. — Imp. J. BIÈRE, 18, 20, 22, rue du Peugue
